UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1935-1936. — N° 101

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES CONJONCTIVOMES DE LA GAINE DES VAISSEAUX FÉMORAUX

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 16 mars 1936

PAR

Henri-Pierre-Louis JOUANDON

Né à CULAN (Cher), le 2 novembre 1910

Examinateurs de la Thèse :

MM. GUYOT, professeur ..... *Président.*

PAPIN, professeur .....

CHARRIER, agrégé ..... *Juges.*

LOUBAT, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly, 6

—

1936

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543912_0064

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1935-1936. — N° 101

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

CONJONCTIVOMES
DE LA GAINE
DES VAISSEAUX FÉMORAUX

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 16 mars 1936

PAR

Henri-Pierre-Louis JOUANDON

Né à CULAN (Cher), le 2 novembre 1910

Examinateurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur ..... *Président.*

PAPIN, professeur ..... } *Juges.*

CHARRIER, agrégé ..... } *Juges.*

LOUBAT, agrégé ..... } *Juges.*

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly, 6

—

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale	BÉGOUIN.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale	DELAUNAY
Anatomie pathol. et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Physique médicale et pharmaceutique	C. SIGALAS.
Anatomie	VILLEMIN	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Pharmacie	DUPOUY.	Clinique dentaire	DUBECQ.

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	N.	Chirurgie générale	CHARRIER.
id.	DUFOUR.	id.	LOUBAT.
Physiologie	FABRE.	Obstétrique	RIVIÈRE.
Médecine générale	DAMADE.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	PIÉCHAUD.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	DELMAS-MARSALET.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	DE GRAILLY.	Physique médicale	WANGERMEZ.
id.	FONTAN.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie	VITTE

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Physiologie	FABRE.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Médecine opératoire	PAPIN.	Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ.
Accouchements	RIVIÈRE.	Botanique	GIRARD.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Médecine légale	DERVILLÉE.
Puériculture	FAUGÈRE.	Bactériologie	MOUREAU.
Pharmacie chimique	VITTE.	Urologie	DARGET.

Ophtalmologie ..... MM. CABANNES (en congé).

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

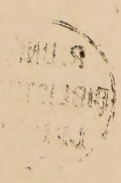
Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA MERE — A MON PERE

Je les assure de toute mon affection et de ma reconnaissance infinie en leur offrant ce trop modeste témoignage de ma gratitude pour leurs sacrifices.



A MES TANTES — A MES ONCLES

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON AMI Marcel LATIER

Avec mes remerciements pour les facilités qu'il m'a procurées au cours de ce travail, et en souvenir de nos communes années d'études, qu'il trouve ici l'expression de mon amitié.

A MON AMI Fernand CLASTRES

En toute sympathie.

A Monsieur le Médecin Capitaine MIQUEL

En le remerciant de sa bienveillance à notre égard au début de notre service militaire, nous l'assurons de notre respectueuse considération.

A MES MAITRES
DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MES JUGES

A Monsieur le Médecin Général COUTURIER

Directeur du Service de santé de la 5e Région,
Officier de la Légion d'honneur.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur J. GUYOT

Professeur de Clinique chirurgicale et gynécologique
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André,
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie de Paris,
Vice-Président de la Société française de Gynécologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Nous avons eu le bonheur d'apprécier la clarté et l'efficacité de son enseignement. Par la suite, il nous a accueilli avec bienveillance en nous inspirant cette thèse qu'il a bien voulu nous faire l'honneur de présider. Pour tout ce que nous lui devons, nous ne saurions trop lui exprimer notre reconnaissance respectueuse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

CONJONCTIVOMES

DE LA GAINE

DES VAISSEAUX FÉMORAUX

AVANT-PROPOS

C'est à la suite d'une de ses cliniques, faite à propos du cas rapporté par notre première observation, que M. le Professeur Guyot a bien voulu nous confier ce travail.

Il nous a paru intéressant de mettre au point l'état actuel d'une question qui, traitée jusqu'à présent surtout par les auteurs lyonnais, est encore en pleine évolution thérapeutique. Au cours de cette étude, nous suivrons le plan classique qui comporte, après un rappel historique, la succession des chapitres sur l'anatomie pathologique, la symptomatologie, l'évolution, le diagnostic et le traitement de l'affection envisagée.

Qu'il nous soit permis, au terme de nos études médicales, de remercier les Maîtres de cette Faculté pour la formation que nous leur devons. D'heureuses circonstances nous ont fait recevoir, au cours de deux stages dans son service, à l'hôpital André-Boursier, puis à l'Hôpital Saint-André, l'enseignement de M. le Professeur Guyot, à qui s'adresse tout particulièrement notre reconnaissance.

INTRODUCTION

Parmi les tumeurs que Pollosson nous propose d'englober sous le terme général de « conjonctivomes », il est légitime d'envisager d'une façon plus particulière, tant pour leur plus grande fréquence que pour certains points spéciaux dus à leur localisation, les conjonctivomes des gaines vasculaires de la cuisse.

L'Ecole lyonnaise a appliqué ce terme aux tumeurs si variées par les étiquettes que comporte leur polymorphisme anatomo-pathologique (fibro-lipomes, liposarcomes, myxo-lipomes, etc.), variées aussi par leurs caractères cliniques et évolutifs, mais ayant toutes une origine unique : le tissu conjonctif sous ses diverses formes.

Une telle dénomination, qui ne préjuge par ailleurs aucunement d'un degré de bénignité ou de malignité, n'a pas été sans soulever de nombreuses objections. En réalité, il ne faut y voir qu'une simplification permettant de classer sous un titre unique une multiplicité de tumeurs dans la constitution desquelles chaque forme du tissu conjonctif entre pour une part variable, ce qui entraîne au point de vue histologique les appellations variées et souvent complexes dont nous venons de parler. En effet, le tissu conjonctif adaptant sa structure à ses fonctions prend des aspects multiples; il en est de même pour les tumeurs qui naissent à ses dépens et dans chacune desquelles nous pourrons voir évoluer tous les états possibles de la lignée conjonctive. Cette présence d'éléments différents dans une même tumeur a pu faire parler de « tumeurs mixtes »; il n'en est rien, car si la tumeur, lipoma-

teuse en un point, fibreuse ailleurs, n'est pas homogène, elle n'en est pas moins constituée de parties qui dérivent toutes d'un tissu unique, le tissu conjonctif, justifiant ainsi ce terme général de « conjonctivomes ».

Pour compléter cette définition, nous devons situer les tumeurs qui nous intéressent dans le cadre des tumeurs conjonctives des parties molles de la cuisse qui peuvent être :

1° Dans les muscles : la tumeur ne faisant que dissocier les fibres musculaires qui ne prennent pas part elles-mêmes à la néoplasie. Il s'agit soit de lipomes intramusculaires, soit de myxomes, soit de sarcomes;

2° Dans les nerfs : analogues aux précédentes et dissociant également les fibres;

3° Interstitielles, parmi lesquelles se placent celles de la gaine des vaisseaux. Le tissu conjonctif des membres est particulièrement abondant au niveau des interstices suivis par les vaisseaux et les nerfs; autour des gros troncs, il forme une véritable gaine conjonctive qui se continue, tout en diminuant d'importance, le long des branches de division. Cela nous explique la fréquence plus grande des conjonctivomes au niveau des vaisseaux fémoraux; ils constituent une variété très spéciale de tumeurs de la cuisse, qui, nées du tissu cellulo-graisseux disposé dans le lit de l'artère fémorale, ne doivent pas être confondues avec les autres tumeurs sous-aponévrotiques nées dans les muscles ou dans les gros nerfs de la région.

HISTORIQUE

Il semble que l'on puisse diviser l'historique de cette question en deux périodes assez différentes, l'une où l'on s'est occupé surtout de la partie anatomo-pathologique et clinique, l'autre où l'on envisage beaucoup plus l'évolution et la thérapeutique de ces tumeurs.

Première période : Anatomo-clinique.

C'est en 1860, avec Langenbeck, que l'on trouve les premières descriptions de tumeurs de la gaine des vaisseaux. L'auteur conclut qu'elles se développent aux dépens des lymphatiques des parois vasculaires ou des ganglions environnants.

En 1869, Verneuil et Demarquay publient chacun une observation analogue, sous le nom de « tumeur fibro-plastique naissant de la gaine des vaisseaux fémoraux ». A la même époque, Forget signale une tumeur semblable prenant naissance sur la carotide.

Nous retrouvons la question étudiée par Kirmisson (1886) pour la région du triangle de Scarpa, et surtout Carl Regnault (1887), qui, le premier, individualisa nettement les tumeurs nées de l'atmosphère fibreuse des vaisseaux; sur les deux cas qu'il nous rapporte, un malade meurt de métastase pulmonaire après amputation, un autre, traité par exérèse, meurt d'une récidive *in situ*.

Puis, une série de thèses : Rafin (1885), Clerc (1897), Chevrolle (1898), Merlat (1908), et le travail de Thévenot et Patel, en 1901, étudient la question des tumeurs des parties

molles de la cuisse, myxomes et myxolipomes en particulier. Nous trouvons enfin les observations de Gouilloud (1909), Viannay (1914) et Ferrarini (de Pise) en 1913.

Deuxième période : **Etude de l'évolution et de la thérapeutique.**

Il faut arriver à la thèse de Pollosson, en 1925, pour voir la question traitée d'une façon complète. Cette thèse comprend deux parties : l'une, la plus longue, consacrée aux tumeurs des parties molles des membres; l'autre, étudiant les tumeurs de la gaine des vaisseaux en particulier.

Depuis, de nombreuses discussions ont eu lieu sur ce sujet à la Société de chirurgie de Lyon, et, en 1931, H. Fruchaud en fait une intéressante mise au point.

J. Fus rapporte un cas en 1934 à la Société de chirurgie de Marseille, et discute l'emploi de certains moyens de diagnostic.

Signalons, parmi les observations publiées dans ces dernières années, deux cas de tumeurs conjonctives de la cuisse rapportés à Bordeaux par MM. Parcelier et Chenut.

Cette division en deux périodes n'est évidemment que schématique, mais il semble que l'on s'attache surtout actuellement, avec Bérard en particulier, à envisager le traitement et ses résultats éloignés dans un tel genre de tumeurs, alors que cette question n'était qu'ébauchée avant 1925.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Généralités sur les tumeurs conjonctives.

Nous savons que le tissu conjonctif peut revêtir les aspects le plus variés. De telles modifications sont obtenues par une métaplasie soit physiologique (le tissu s'adaptant à ses fonctions différentes), soit pathologique (qu'il s'agisse d'une production tumorale ou de conditions particulières apportant des troubles de vascularisation ou de compression). Ces modifications se font plus aux dépens de la substance interstitielle que de la cellule conjonctive et aboutissent aux variétés histologiques constituées par les tissus fibreux, graisseux, muqueux, etc.

Toutes ces possibilités de transformation existent au sein d'une même tumeur née du tissu conjonctif et nous trouverons, en dehors des tumeurs pures (lipomes, fibromes, myxomes pour les cas bénins, sarcomes pour les cas malins), des tumeurs où l'anarchie semble régner, lipomateuses en un point, fibreuses ailleurs, avec parfois des éléments de malignité. C'est à de telles productions que s'applique le terme de conjonctivomes, et il est probable que, dans ce polymorphisme d'aspect, des conditions de vascularisation et de mécanique jouent un rôle important bien qu'encore obscur.

Pour ce qui est des zones myxomateuses, rappelons que le tissu muqueux, aux dépens duquel elles se développent, n'existe pas chez l'adulte à l'état normal, si ce n'est sous forme de restes embryonnaires. En fait, certains auteurs estiment qu'il n'est pas besoin d'invoquer ces inclusions, et, pour eux, le myxome serait simplement le fait d'une nutri-

tion locale défectueuse, par imbibition et par osmose, à laquelle doit s'adapter le tissu conjonctif. Certaines cavités kystiques et certains foyers de nécrose, fréquents dans les tumeurs conjonctives, s'expliqueraient de la même manière.

Nous venons de voir les manifestations tumorales nées des tissus conjonctifs proprement dits, mais n'oublions pas que le tissu cartilagineux et le tissu osseux ont également une origine conjonctive; aussi ne serons-nous pas étonnés, bien que la chose soit relativement rare, de trouver à l'intérieur d'une tumeur une zone osseuse ou cartilagineuse (obs. II de la thèse de Pollosson) sans qu'il y ait de tissu osseux préexistant et sans relation directe avec le squelette. Il s'agit d'une simple métaplasie pour laquelle seule l'origine conjonctive de la tumeur est indispensable.

Dès lors, nous concevons combien une biopsie peut être trompeuse pour établir le diagnostic anatomo-pathologique; suivant qu'elle aura porté sur telle ou telle partie néoplasique, elle donnera des réponses différentes. Seuls, une « biopsie élargie », un prélèvement total de la tumeur, permettront un diagnostic complet comportant la distinction entre un conjonctivome bénin et un conjonctivome malin, la zone maligne pouvant ne constituer qu'une partie infime de la masse tumorale.

Avant d'appliquer ces généralités aux tumeurs qui nous intéressent, rappelons brièvement en quoi consiste la gaine des vaisseaux fémoraux.

Rappel anatomique de la gaine des vaisseaux fémoro-poplités.

Etendue de l'arcade crurale, où elle fait suite à l'iliaque externe, à l'anneau du troisième adducteur, où elle devient poplitée, l'artère fémorale suit une direction représentée par une droite joignant le milieu de l'arcade à la partie postérieure du condyle interne du fémur. L'artère poplitée, qui se termine à l'anneau du soléaire, se dirige d'abord en bas et en dehors pour rejoindre l'axe vertical du creux poplité, puis suit verticalement cet axe de haut en bas.

Nous verrons les conjonctivomes se développer sur les trajets anatomiques que nous venons de rappeler, et cette localisation interviendra comme élément de diagnostic.

Les interstices musculaires qui servent de lit au paquet vasculo-nerveux contiennent une astmosphère de tissu cellulaire assez dense unissant intimement l'artère et la veine qui y baignent. La partie fémorale de ce tissu cellulaire se continue avec la partie poplitée à travers l'anneau du troisième adducteur. En outre, artère et veine sont à l'intérieur d'une gaine commune qui doit être étudiée pour chaque région traversée où nous trouverons successivement le canal crural, puis la « gaine des vaisseaux fémoraux » proprement dite, terminée à sa partie inférieure par le canal de Hunter, enfin la gaine poplitée.

Canal crural.

Dépendance de l'aponévrose fémorale au niveau du triangle de Scarpa, il s'étend de l'anneau crural, en haut, au débouché de la veine saphène interne dans la fémorale, en bas. Son orifice supérieur est donc constitué par l'anneau crural, tandis que son extrémité inférieure n'est autre que le début de la gaine des vaisseaux fémoraux proprement dite. Sa coupe, triangulaire, présente trois parois :

— Paroi antérieure (étendue du couturier au moyen adducteur) formée par le fascia cribriformis et renforcée par le tissu cellulaire sous-cutané et la peau.

— Paroi postéro-externe (du bord interne du couturier jusqu'au sillon qui sépare le psoas-iliaque du pectiné), constituée par le feuillet profond de l'aponévrose fémorale qui va se fusionner avec le fascia iliaca.

— Paroi postéro-interne : formée par ce même feuillet qui va recouvrir le pectiné en se fusionnant avec son aponévrose et s'étend du bord externe du moyen adducteur à la gouttière séparant psoas et pectiné.

Le tiers externe de ce canal est occupé par l'artère fémorale, le tiers moyen par la veine, et le tiers interne consti-

tue l'infundibulum crural. Artère et veine sont séparées par du tissu conjonctif (qui peut être assez adipeux chez certains sujets) différencié parfois en de véritables lamelles sagittales.

Gaine des vaisseaux proprement dite.

Etendue de l'orifice inférieur du canal crural à l'anneau du troisième adducteur, on peut lui considérer deux parties différentes :

1° Une portion supérieure, peu résistante, presque celluleuse, gardant la configuration triangulaire du canal crural; elle est formée en avant par le feuillet d'aponévrose fémorale qui tapisse la face profonde du couturier, en dehors par la gaine du vaste interne, en dedans par la cloison intermusculaire interne qui la sépare des adducteurs;

2° Une portion inférieure, constituée de la même façon mais renforcée en avant par des fibres transversales et arciformes tendues entre le vaste interne d'une part, la cloison intermusculaire interne et le tendon du troisième adducteur d'autre part. C'est le canal de Hunter, qui mesure environ 7 centimètres de longueur.

Dans cette gaine, artère et veine occupent la position déjà vue, c'est-à-dire que l'artère est externe par rapport à la veine qui la contourne peu à peu en descendant pour lui devenir postérieure.

Rappelons que le couturier est le « muscle satellite » de l'artère, qu'il croise obliquement de haut en bas et de dehors en dedans.

Creux poplité.

C'est un losange dont les parois latérales sont formées par des muscles : biceps crural pour la paroi supéro-latérale externe, demi-tendineux et demi-membraneux pour l'interne, jumeaux pour les deux parois inférieures. La paroi antérieure est constituée par le plan squelettique de la région, la

paroi postérieure par l'aponévrose doublée du tissu cellulaire et de la peau; cette aponévrose, assez résistante, est capable de brider pendant quelque temps les tumeurs qui naissent et se développent au-dessous d'elle, à tel point qu'elles peuvent rester longtemps ignorées et déterminer des phénomènes de compression des vaisseaux et nerfs situés dans cette région.

Ce creux est comblé par une masse cellulo-adipeuse où baigne le paquet vasculo-nerveux. Ici, l'artère est l'élément le plus interne, la veine étant située plus superficiellement et plus à l'extérieur, et le nerf sciatique poplité interne encore davantage. Artère et veine sont très adhérentes l'une à l'autre grâce à un tissu conjonctif dense et à une véritable gaine conjonctive commune dans laquelle cheminent de nombreuses artérioles anastomosées (vasa-vasorum).

Nous voyons donc au milieu de quelle riche texture conjonctive, bridée par l'aponévrose d'enveloppe du membre, cheminent les vaisseaux fémoro-poplités.

Aspect macroscopique des conjonctivomes des gaines vasculaires de la cuisse.

Tout le long des gaines ainsi définies et qui, en un réseau progressivement décroissant, matelassent dans les interstices musculaires les vaisseaux et leurs branches de subdivision, nous pourrons observer des tumeurs conjonctives.

La période de début, qui passe souvent inaperçue, offre deux caractères à retenir : petit volume et indolence. Il s'agit alors, le plus souvent, d'une petite masse unique, arrondie, de consistance élastique et rénitente, mobile sur les plans voisins et dans tous les sens, siégeant sur le trajet du paquet vasculaire avec lequel la dissection montre un simple rapport de voisinage, la tumeur étant lisse, encapsulée et cachée sous l'aponévrose d'enveloppe du membre qui estompe sa netteté. La pièce enlevée se présente comme une petite masse d'aspect graisseux ou fibreux.

A une période plus avancée, la tumeur attire davantage l'attention par sa masse qui grossit peu à peu, soit par une évolution progressive plus ou moins rapide, soit après une période de latence qui peut durer plusieurs années. Elle atteint ainsi un volume variable, souvent énorme (dans un cas de Villard, circonférence de la cuisse : 1 m. 20, poids de la tumeur : 22 kilos).

Quant à sa forme, elle peut être arrondie, mais le plus souvent, et c'est un caractère important de ces tumeurs, il s'agit d'une masse irrégulière ou multilobée, creusée de sillons, et devant cet aspect à la présence de petites masses accessoires à côté de la partie principale de la tumeur.

On peut alors individualiser deux dispositions :

1° Une forme superficielle, dans laquelle la tumeur évolue à l'extérieur, pointant sous l'aponévrose comme si elle tendait à s'énucléer des masses musculaires pour aboutir à une pédiculisation grossière;

2° Une forme profonde, diffuse, infiltrant la cuisse et la déformant en totalité, fusant le long des vaisseaux dans les interstices musculaires et envoyant très loin de petits lobes accessoires qui constituent de véritables tumeurs aberrantes. C'est la forme la plus grave.

Dans les deux cas, la consistance est variable selon les points, le plus généralement molle, pâteuse par endroit, plus dure ailleurs.

Rapports avec les organes voisins.

La dissection nous montre qu'il s'agit de tumeurs bien limitées, lisses, grâce à la présence d'une capsule plus ou moins bien individualisée créant un véritable plan de clivage qui peut pousser le chirurgien à extirper ces tumeurs. Le rôle de cette capsule est très discuté, certains la considérant comme une zone d'invasion, d'autres comme une barrière de protection; son importance est variable : tantôt elle est réduite à l'état de « pseudo-capsule », simple voile celluleux que le néoplasme peut effondrer pour infiltrer les tissus

voisins, tantôt elle est constituée de tissu fibro-conjonctif dense laissant prévoir une dissection facile; il ne faut pas se fier à cet aspect trompeur, du fait des petites traînées tumorales aberrantes, précédemment signalées, qui seraient l'origine de récidives inévitables.

La tumeur est indépendante de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. L'aponévrose d'enveloppe du membre est simplement distendue et amincie par le volume du néoplasme qui peut même l'effondrer ou faire hernie à travers une déhiscence (fascia cribiformis), d'où possibilité d'une tumeur en bouton de chemise. Du fait de la distension mécanique, la peau peut cependant s'ulcérer, la masse apparaître à l'extérieur et s'infecter.

Les *muscles* restent indépendants, malgré parfois un aspect d'envahissement dû à la compression (coloration modifiée, adhérence). Ils sont simplement repoussés par la tumeur qui semble se modeler sur eux et pousse des prolongements dans les interstices profonds (d'autant mieux que la capsule est plus fine), ce qui nécessite de gros sacrifices musculaires pour obtenir une extirpation complète.

Les *vaisseaux* sont le plus souvent respectés eux aussi, même dans les formes diffuses où la tumeur suit les gaines vasculaires, véritables fils conducteurs, du triangle de Scarpa au canal de Hunter. La masse néoplasique entoure le paquet vasculaire sans le dissocier et, le plus souvent, sans le comprimer. Les parois vasculaires sont indemnes, sauf dans une récente observation de Bérard où la tumeur adhérait intimement à l'adventice de l'artère fémorale; en général, le clivage est donc facile malgré les craintes des anciens auteurs. Cependant, artère et veine se comportent un peu différemment :

L'*artère*, grâce à la résistance de ses parois et à son élasticité, ne souffre pas de la compression et le pouls en aval reste normal, synchrone aux pulsations cardiaques et au côté sain; de même pour la pression artérielle. On a rarement signalé un souffle systolique par gêne circulatoire.

La *veine*, à parois plus minces, peut être aplatie, d'où possibilité d'une circulation veineuse collatérale, d'œdème (observation de M. le professeur Guyot, signe manifeste de compression veineuse), de sensations de fourmillement. Il peut même se produire une thrombose de la veine fémorale. Les collatérales veineuses sont susceptibles d'être entraînées dans l'énucléation de la tumeur et d'être arrachées à leur point d'abouchement sur la veine principale, ce qui entraîne une hémorragie difficile à traiter.

Une telle différence n'existe pas entre l'artère et la veine poplitées, cette dernière ayant des caractères anatomiques qui la font beaucoup ressembler à une artère : parois épaisses qui lui permettent de rester béante quand elle a été sectionnée et qui la rendent moins compressible que la fémorale.

L'intimité de leurs rapports avec les vaisseaux contraste avec la pauvreté vasculaire de ces tumeurs. Cette pauvreté explique combien l'hémostase est facile, en général, puisque l'on a peu de pédicules vasculaires à lier; on ne trouve que quelques minces vaisseaux dans la capsule, et il est vraiment curieux de voir la disproportion qui existe entre le volume de certaines tumeurs et leur faible vascularisation.

Les troncs nerveux, malgré des rapports souvent intimes, ne sont pas envahis; il arrive qu'ils traversent la tumeur, et cependant leur libération chirurgicale reste facile.

Le système lymphatique lui-même reste indemne, et les ganglions tributaires de la région ne sont pas tuméfiés.

Le squelette présente une indépendance absolue, la tumeur n'arrivant même pas à son contact, en général; cependant, elle peut quelquefois s'y rattacher par un mince pédicule fibro-périostique. L'architecture osseuse est rarement modifiée, bien que Bérard et Colson signalent des troubles trophiques possibles de l'os décelables à la radiographie; toujours est-il que l'on n'a jamais observé de fractures spontanées.

Structure macroscopique.

La coupe d'un conjonctivome offre rarement un aspect homogène; il existe, au contraire, de grandes différences d'un point à un autre : différences d'aspect (ici graisseux, là fibreux), de consistance (ici molle, gélatineuse, pseudo-fluctuante, là dure et résistante). La couleur elle-même peut changer selon la zone considérée, et l'on trouve parfois des cavités pseudo-kystiques et des foyers de nécrose.

Histologie pathologique.

Nous avons envisagé cette question en étudiant les généralités sur les tumeurs conjonctives, et les conjonctivomes de la cuisse n'offrent à cet égard aucune particularité. Signalons pourtant que ces tumeurs sont très comparables, de par leur constitution, aux tumeurs paranéphrétiques, étudiées par Lecène, et aux tumeurs conjonctives rétro-péritonéales. Les unes et les autres présentent une foule de catégories histologiques allant du lipome simple au lipo-fibro-myo-myxostéosarcome !

Insistons sur la difficulté qui existe, du point de vue histologique, pour trancher la question de bénignité ou de malignité. En effet, les caractères de malignité sont loin d'avoir une précision absolue, et, si l'on trouve parfois des aspects de sarcome (polymorphisme cellulaire, karyokinèses nettes, vaisseaux creusés en plein tissu néoplasique et bordés par des cellules tumorales), il ne faut pas oublier combien il est difficile de distinguer les tumeurs malignes à type sarcome, de certains aspects inflammatoires, syphilis en particulier. D'après Rafin, l'aspect myxome serait d'un mauvais pronostic. D'autre part, il est impossible d'examiner tous les points de la masse, et le pathologiste se bornant souvent à faire porter ses coupes sur un ou deux endroits peut conclure à la bénignité alors qu'en multipliant ses coupes sur d'autres zones de la tumeur il aurait peut-être trouvé des éléments

suspects ou nettement malins. A ce point de vue, il convient de se méfier des lipomes et de ne pas croire qu'il s'agit toujours de tumeurs vraiment innocentes.

Pour ce qui est de la gaine des vaisseaux, le type le plus souvent rencontré entre dans la catégorie des conjonctivomes malins. Il en est cependant de bénins, mais il sont incontestablement plus rares.

Tumeurs de récidive.

Les récidives locales, qui sont très fréquentes, présentent des caractères spéciaux, car elles évoluent dans une région modifiée par le bistouri.

Il s'agit de tumeurs plus superficielles, distendant la peau et la cicatrice qui, souvent très étalée, mince, violacée, peut s'effondrer. A ce niveau, les téguments sont fragiles et donnent une impression d'adhérence. La tumeur elle-même peut être unique et lobulée ou être constituée de multiples lobes arrondis.

Il existe généralement une capsule, mais elle est mince, souvent absente par endroits, et les plans profonds peuvent être envahis (les muscles précédemment sectionnés créant des portes d'entrée).

La question se pose de savoir si ce sont des récidives vraies ou une simple continuation aux dépens de lobes aberrants qui ont subsisté. Souvent, les chirurgiens estiment qu'il s'agit de récidives, en se basant sur la facilité de l'exérèse qui leur a paru complète, mais il faut se rappeler l'existence de petits lobes cachés à distance dans les interstices musculaires et dont Gouilloud a prouvé la réalité. Les lobes qui échappent souvent à l'intervention constituent un important facteur de continuation pour le néoplasme.

Métastases.

La tumeur étant livrée à son évolution naturelle, les métastases sont rares. Elles sont la règle après les interventions chirurgicales.

Il faut se garder de compter comme métastases les tumeurs qui, après de multiples exérèses, se prolongent sous l'arcade crurale.

Les plus fréquemment observées se trouvent au niveau du poumon; plus rarement on rencontre des métastases hépatiques ou osseuses. Elles seraient favorisées par les interventions locales successives.

Tout ce que nous venons de voir concernant l'anatomie pathologique des gaines vasculaires de la cuisse nous montre que l'examen macroscopique et microscopique ne doit négliger aucun point de la tumeur pour nous fournir un diagnostic anatomo-pathologique complet avec appréciation du degré de bénignité ou de malignité, et ici, comme dans toute question médico-chirurgicale, il faudra associer étroitement la clinique au laboratoire.

OBSERVATIONS

Observation I.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot.)

M. J..., 46 ans, agriculteur, entre le 2 avril 1935 dans le service de clinique chirurgicale de M. le Professeur Guyot pour une tumeur de la cuisse gauche.

Antécédents personnels.

On peut les classer en quatre groupes :

1° Dans l'enfance : épistaxis rebelles, cessant à la puberté.

2° Antécédents rhumatismaux : atteintes des grosses articulations ayant abouti à la réforme définitive au service militaire. Crises de dix à quinze jours, pendant lesquelles l'article (un seul à chaque crise) est gros, très douloureux, avec souvent un peu de température. La fréquence et l'intensité des crises (une par mois au début) ont diminué avec l'âge (actuellement, une par an).

Séquelles sous forme de raideur et d'ankylose de certaines articulations.

3° Antécédents rénaux : cinq à six crises de « néphrite », consistant au début en hématurie importante, teintant deux à trois jours les urines, puis douleurs violentes à type de colique néphrétique, se terminant par l'émission de caillots moulés. Présence de graviers dans les urines.

4° Antécédents traumatiques :

a) En 1916 : chute d'une charrette entraînant une contusion des deux genoux et surtout de la face interne du genou gauche où se produit une hémarthrose qui est ponctionnée, puis incisée; cette plaie déclenche une forte hémorragie, puis s'infecte, suppure, et l'on doit pratiquer une contre-incision postérieure. Après six mois

de soins à l'Hôpital de Pau, le genou gauche reste enraidi ainsi que le droit, qui avait été immobilisé pendant le même temps;

b) En 1922 : un coup de corne à l'œil droit entraîne, pour protéger la cornée, une blépharoplastie, bien que le malade ait signalé son hémophilie. Le lendemain, on est obligé de pratiquer l'énucléation pour se rendre maître d'une abondante hémorragie externe, avec hématome orbitaire;

c) En 1926 : perforation du tympan droit par une tige de blé, au cours d'un dépiquage. Grosse hémorragie. Laisse une surdité unilatérale;

d) Une série de trois traumatismes liés si étroitement à l'histoire de la tumeur que nous les envisagerons avec cette dernière.

L'unité de cette longue histoire pathologique semble être faite par l'hémophilie de ce malade, hémophilie que nous verrons confirmée par l'examen du sang, et qui peut expliquer à la fois l'origine des trois premiers groupes d'antécédents et les complications des traumatismes.

Antécédents héréditaires.

Retenons simplement ceux qui intéressent particulièrement le cas de ce malade.

Sa grand-mère maternelle avait six orteils au pied droit; un oncle maternel : six doigts à la main gauche; un autre oncle maternel : sept doigts à la main gauche (pouce bifide et deux auriculaires).

Antécédents collatéraux.

Six frères et sœurs. Une de ces sœurs a eu quatre enfants, dont un garçon mort d'épistaxis à l'âge de 3 ans. Le malade s'est marié en 1925 : femme bien portante, pas d'avortements. De cette union sont nés deux filles et un garçon absolument sains.

Histoire de la maladie.

En 1919, notre malade, âgé de 30 ans, est frappé par le bras d'une charrue à la partie supérieure de la cuisse gauche et en

avant (vers la pointe du triangle de Scarpa). La cuisse devient énorme, tuméfiée, ecchymotique. Après un repos de trois jours au lit, il persiste une grosseur du volume d'un œuf, pour laquelle le Docteur Doléris conseille la radiothérapie; douze séances sont pratiquées. Pendant deux ans, la tumeur ne se modifie pas, puis elle grossit peu à peu, sans attirer l'attention.

Photographie du malade de l'Observation I.
(Collection de M. le Professeur J. Guyot.)

En 1931, à la face interne de la cuisse gauche, une faucheuse produit une forte contusion, qui aboutit à un énorme hématome; ce dernier se dissipe peu à peu, tout en laissant subsister une tuméfaction allongée dans le sens du membre au niveau de la face interne de la cuisse.

Enfin, en mars 1934, cet homme, qui joue de malchance, reçoit un coup de pied de vache, toujours sur la cuisse gauche, qui est atteinte à la partie moyenne de sa face antérieure. Il en résulte, après une période d'hématome diffus, une nouvelle tuméfaction qui s'ajoute aux deux précédentes.

Depuis mars 1934, ces trois tuméfactions voisines, toujours indolentes, ont quadruplé de volume. L'activité du malade n'a été ralentie que par l'impotence fonctionnelle due au volume de la tumeur. Ni fièvre, ni amaigrissement; au contraire, excellent état général du fait du repos.

Examen du malade.

Cuisse gauche. — L'*inspection* révèle une masse extrêmement volumineuse, irrégulière, formée schématiquement de trois tumeurs juxtaposées avec des bosselures limitées par des sillons :

— Une tumeur *antéro-supérieure*, arrondie, du volume d'une tête d'enfant, étendue de l'arcade crurale, qu'elle respecte, à la partie moyenne de la cuisse sur 17 centimètres de hauteur et 20 centimètres de largeur;

— Une tumeur *moyenne*, antérieure, contiguë et sous-jacente, du volume d'un gros poing;

— Une tumeur *interne*, allongée verticalement, occupant la gaine des vaisseaux et la région des adducteurs sur une hauteur de 30 centimètres. Cette tumeur est subdivisée en trois bosselures et se termine à l'origine de la région poplitée.

Pas de circulation collatérale ni de modification de couleur de la peau.

Palpation. — On délimite facilement la tumeur, qui est mobilisable sur les plans profonds dans le sens transversal, non dans le sens vertical, et sur laquelle la peau est mobile et tendue. La consistance est irrégulièrement fluctuante : certaines bosselures l'étant superficiellement, d'autres, presque rénitentes, l'étant plus profondément. Palpation non douloureuse.

Mensurations :

Cuisse à 10 cm. de l'arcade :

droite, 47 cm.; gauche, 62 cm;

Cuisse à 10 cm. du genou :

droite, 33 cm.; gauche, 51 cm.;

Jambe (partie moyenne) :

droite, 27 cm.; gauche, 30 cm.

Etat de la circulation :

Artères : à droite on sent parfaitement battre fémorale, poplitée, tibiale postérieure et pédieuse; à gauche, on ne sent pas la fémorale au niveau du canal de Hunter, ni la poplitée, la tumeur les masquant.

Pression artérielle :

Jambe droite : Mx, 25; Mn, 10; Io, 6.

Jambe gauche : Mx, 25; Mn, 9; Io, 6.

Il ne semble donc pas qu'il y ait de compression artérielle.

Veines : la jambe gauche présente un œdème dur, probablement par compression veineuse.

Pas de ganglions inguinaux ni rétro-cruraux. Le membre conserve sa sensibilité normale.

Examen général.

Système ostéo-articulaire. — Les atteintes arthritiques ont considérablement modifié l'anatomie et la valeur fonctionnelle des articulations. Notons simplement, pour ce qui nous intéresse, que la flexion de la cuisse gauche est gênée en fin de course par la tumeur, qui bute sur la paroi abdominale.

Signalons que le sujet, fidèle aux traditions de sa famille, présente plusieurs malformations : chaque main possède un sixième doigt interne, et chaque pied un orteil surnuméraire, interne également. Présence d'une dent surnuméraire (incisive médiane supérieure).

Par ailleurs, rien à signaler, sauf l'examen du sang, qui, pratiqué le 4 avril 1935, donne :

Hémoglobine, 72 p. 100;

Globules rouges, 4.120.000;

Leucocytes, 7.600 :

Polynucléaires, 72 p. 100;

Lympho, 19 p. 100;

Mono, 9 p. 100;

Globulins, normaux (nombre et aspect);

Temps de saignement, 3′ 30″;

Temps de coagulation, 4 h. 25.

B.-W., Meinicke et Kahn, négatifs.

Réaction de Weinberg et Parvu négative.

Le 6 mai, un nouvel examen montre encore que tout est normal, sauf le retard considérable de coagulation qui signe une hémophilie typique. Le malade n'a pas eu de fièvre, sauf quelques oscillations entre 37 et 38 degrés du 5 au 17 juillet.

Malgré des injections d'anthéma pratiquées du 9 au 27 avril, à raison de 10 cm³ par jour, le malade, dont l'état général décline, n'est pas en mesure de subir une intervention chirurgicale, que d'ailleurs il refuse, et il quitte le service le 25 juillet 1935 et rentre chez lui, dans les Basses-Pyrénées, d'où il est originaire.

Observation II.

(Parcelier et Chenut, *Bordeaux chirurgical*, 1932.)

J... (F.), 53 ans, entre le 15 octobre 1931 pour une volumineuse tumeur ulcérée de la cuisse droite.

Histoire de la maladie.

Le 16 juillet 1918, une charrette tombe sur la cuisse du sujet, et il en résulte une contusion importante avec grosse ecchymose. Un mois après, le malade constate au niveau de la partie antérieure et moyenne de la cuisse une tuméfaction du volume d'une petite noisette, indolore, sur laquelle la peau glisse librement.

Depuis treize ans, cette masse grossit progressivement, ne gênant pas le malade, qui peut travailler normalement. La tumeur est indolore.

Depuis août 1931, la tumeur augmente rapidement, doublant de volume en deux mois, sans phénomènes douloureux ni fébriles.

Le 11 octobre, la peau s'ulcère, et il s'écoule une grande quantité de liquide brunâtre, ce qui fait affaisser la tumeur en partie. L'écoulement persistant détermine le malade, bien portant, par ailleurs, à entrer à la maison de santé.

On constate que la cuisse est déformée par une tuméfaction ovoïde, volumineuse (tête d'adulte), qui occupe la partie antéro-externe de la cuisse et remonte à deux travers de doigt au-dessus de la rotule. Au niveau du tiers supérieur existe une ulcération de la peau, de la dimension d'une pièce de 1 franc, par laquelle s'écoule du liquide brunâtre. Circulation veineuse collatérale. La tumeur, indolore, présente des zones dures, mais, dans son ensemble, elle est fluctuante. La peau se mobilise sur la tumeur à la périphérie, mais est fixée sur une large étendue autour de l'ulcération.

Pas de battements ni d'adénopathies. Pas d'œdème de la jambe. Une radiographie montre l'intégrité du squelette.

Le 21 octobre, sous anesthésie à l'éther, on extirpe la tumeur par une incision elliptique, qui passe loin de la zone cutanée fixée à la tumeur. On libère la masse du côté interne, après résection du couturier et du droit antérieur, qui est œdématié. Plan de clivage très net en avant du vaste externe. En dehors, résection du tenseur du fascia lata.

Examen de la pièce.

La coupe montre qu'elle est kystique avec une énorme cavité centrale limitée par une coque de 3 à 4 centimètres d'épaisseur. Cette cavité est due à une nécrose.

Histologie (Prof. Sabrazès). — Tumeur maligne du type rhabdomyosarcome. Beaucoup de géodes.

Suites opératoires normales.

Observation III.

(Parcelier et Chenut, *Bordeaux chirurgical*, 1932.)

L... (Marthe), 61 ans, entre à l'hôpital le 10 août 1931 pour volumineuse tumeur de la cuisse droite.

Histoire de la maladie.

Depuis dix ans au moins la malade avait constaté au niveau de la face antérieure de la cuisse et à sa partie moyenne, une

petite tumeur grosse comme une noix, ferme, mobile, ne s'accompagnant d'aucun signe fonctionnel.

En mai 1931, alors qu'elle avait atteint le volume d'une mandarine, la tumeur s'accroit très rapidement et atteint en trois mois ses dimensions actuelles (trois fois une tête d'adulte environ). Cette croissance s'est accompagnée de douleurs vagues et d'une gêne fonctionnelle liée au volume et au poids de la tumeur (10 kilos).

Examen.

A l'examen, on voit que la tumeur déforme les faces antérieure, externe et interne de la cuise. Son pôle supérieur atteint presque l'épine iliaque antérieure et supérieure; le pôle inférieur est à trois travers de doigt de la rotule.

Circulation veineuse collatérale au niveau de la tumeur, les deux membres inférieurs étant, d'ailleurs, le siège de varices. Hyperthermie locale.

Dans son ensemble, la tumeur est mollasse, sans limites bien nettes, sans lobulation bien tranchée. Certaines zones ont une consistance différente, très ferme, cartilagineuse.

La peau est mobile sur la tumeur, qui est indépendante du squelette, mais se fixe par la contraction du quadriceps. Les vaisseaux fémoraux paraissent longer la tuméfaction sur son bord interne.

Pas d'adénopathies. Pas de métastases. Une radio confirme l'intégrité du fémur.

La malade aceptant difficilement l'idée d'une intervention, on fait un essai de radiothérapie. Treize séances ne donnent aucun résultat. La malade quitte le service le 5 septembre et y revient le 21 octobre, décidée à se faire opérer.

Le 24 octobre, ablation de la tumeur qui a l'aspect d'un lipome. On dépasse ses limites apparentes en enlevant le couturier, la plus grande partie du droit antérieur et une partie du vaste externe et du vaste interne.

Mise en place de deux drains enlevés le cinquième jour.

Examen histologique (Prof. Sabrazès). — Lipomatose diffuse, dissociant les muscles de la région et ayant subi, d'une part, des

phénomènes régressifs allant jusqu'à la calcification; d'autre part, et peut-être sous l'influence de la radiothérapie, des stimulations cellulaires donnant des images qui peuvent faire penser à une évolution maligne, soit dans le sens liposarcome, soit dans le sens rhabdomyosarcome, ceci en certains rares segments.

Pour les auteurs, l'influence de la radiothérapie paraît douteuse, l'évolution clinique vers la malignité ayant, de longtemps, précédé cette thérapeutique.

SYMPTOMATOLOGIE

Étiologie.

Parmi les causes favorisantes, le sexe ne paraît avoir aucune influence notable.

Par contre, l'âge est très important, la majorité des cas publiés dans la littérature se produisant entre 40 et 50 ans. Il est bon de remarquer cependant que la période de début est très insidieuse et que l'évolution de ces tumeurs étant très lente, il arrive que le début de la maladie soit antérieur de plusieurs années à l'époque où le malade s'en inquiète et vient consulter. Mais il est incontestable que souvent, entre 40 et 50 ans, ces débuts plus ou moins méconnus de néoplasme changent de caractère et évoluent plus rapidement.

On peut dire que les conjonctivomes sont très rares avant 30 ans, l'enfance paraissant être à l'abri (un cas de Bérard chez un nourrisson de 6 mois). On trouve quelques observations chez les jeunes sujets, jusqu'à 30 ans, et il est à noter que, toutes choses égales d'ailleurs, le degré de malignité semble être en rapport avec l'âge, les tumeurs revêtant un exceptionnel caractère de gravité chez les jeunes, alors que chez les vieillards l'évolution est lente; entre 40 et 50 ans, la fréquence des cas atteint son maximum et ils évoluent, en général, comme des tumeurs malignes.

Pour ce qui est des causes déterminantes, nous retombons dans le mystère qui entoure l'origine des néoplasmes. Le traumatisme mérite cependant une certaine discussion. Classiquement, il n'est pas invoqué comme origine des conjonctivomes. Cependant, Bonnet a publié une observation où, chez

une jeune fille de 23 ans, un traumatisme fit augmenter rapidement une petite tumeur initiale. Notre observation II montre une contusion à l'origine de la néoplasie, alors que la cuisse était absolument normale avant l'accident. Mais c'est surtout notre première observation qui est typique à ce point de vue, puisqu'elle présente trois traumatismes successifs, à la suite de chacun desquels apparaît un nouvel élément tumoral. Remarquons, dans ces deux dernières observations, que les débuts de tumeurs apparaissent comme des reliquats subsistant après la résorption de gros hématomes, hématomes particulièrement importants pour le cas de notre hémophile.

L'origine traumatique, bien que ne pouvant se retrouver dans tous les cas, ne nous paraît donc pas négligeable.

Siège.

Nous savons que, parmi les conjonctivomes des membres, ceux de la gaine des vaisseaux fémoro-poplités sont les plus fréquents, suivis, d'assez loin, par ceux du membre supérieur. Les tumeurs de la gaine poplitée étant d'ailleurs plus rares que celles de la région fémorale.

Cette localisation à la cuisse, qui constitue le type le plus fréquent, se manifeste d'une façon assez élective au niveau du tiers moyen ou à la pointe du triangle de Scarpa.

Période de début.

Sauf dans les cas où la tumeur se développe après un traumatisme dont le malade suit l'évolution, le début de ces néoplasmes est insidieux, indolent, et passe le plus souvent inaperçu. La découverte du petit élément initial se fait à la façon de celle d'un nodule chez une femme au début d'un cancer du sein : c'est fortuitement que le sujet constate la présence d'une petite masse anormale, ou à l'occasion d'un examen médical pour un tout autre motif.

Le hasard permet ainsi de découvrir la tumeur sous la

forme d'une petite masse arrondie, de volume inférieur à celui d'une mandarine, toujours unique et siégeant assez profondément sous l'aponévrose d'enveloppe du membre. Elle est placée sur le trajet des vaisseaux fémoraux (soit en avant d'eux, soit sur leur côté).

La palpation révèle une consistance élastique ou rénitente et permet une mobilisation complète dans tous les sens lorsque le sujet relâche ses muscles. La contraction musculaire entraîne parfois une fixation partielle. La région n'est pas déformée; les téguments restent indemnes, souples et mobiles au-dessus de la tumeur.

Les ganglions tributaires de la région ne sont pas modifiés et l'état général n'est aucunement atteint.

Toutes les manœuvres que nous avons pratiquées sont absolument indolores et le malade ne souffre pas davantage spontanément.

En somme, la caractéristique de cette période est la présence d'une petite tumeur indolore siégeant sur le trajet des vaisseaux.

Cet état peut durer très longtemps et le néoplasme rester à ce stade pendant des années sans se modifier; puis brusquement, sans cause apparente ou sous l'influence d'un traumatisme, il se produit un accroissement progressif, souvent rapide, de la masse, contrastant avec cette longue latence. Plus rarement, cette période de latence n'existe pas et la tumeur grossit peu à peu depuis l'époque de son apparition.

Notons la possibilité d'un début moins caractéristique, consistant en un simple empâtement profond, sous-aponévrotique, mal limité.

Le malade, rassuré comme toujours par l'absence de douleur, temporise aussi longtemps que la tumeur reste petite et son bon sens n'est alarmé que lors d'un accroissement subit de la masse; ... encore, certains sujets ne s'inquiètent-ils pas devant ce nouveau phénomène ! C'est donc le plus souvent à la période d'état que le chirurgien verra les conjonctivomes.

Période d'état.

A ce moment, dès que le malade s'est déshabillé, on est frappé par la différence entre les deux membres inférieurs. Le côté malade était déformé par la présence d'une tumeur volumineuse qui distend la peau. L'absence de signes fonctionnels contraste avec un tel volume : l'indolence est complète; quelquefois on peut observer cependant un peu d'œdème du membre, par compression veineuse, quelques sensations de fourmillement, parfois même une certaine circulation veineuse collatérale. Mais la règle est qu'il n'existe pas de signes fonctionnels en dehors de la simple gêne créée par le poids et le volume de la tumeur (c'est ainsi que le malade de l'observation I a la flexion de sa cuisse gênée en fin de course par le simple fait que son néoplasme vient buter sur la paroi abdominale.

D'ailleurs pas de troubles subjectifs, les troncs nerveux sont intacts, n'entraînant aucune réaction sensitive ou motrice. La circulation artérielle reste normale et l'état général n'est pas altéré.

La palpation permet d'individualiser, soit une tumeur superficielle qui tend à s'extérioriser en distendant la peau à la manière d'une hernie qui peut prendre des proportions énormes et gêne considérablement par son poids, soit le plus souvent, une masse profonde limitée par l'aponévrose d'enveloppe. Dans ce dernier cas, la palpation délimite nettement les contours et montre que le néoplasme s'allonge suivant la direction de la gaine vasculaire; il s'agit d'une tuméfaction lobulée, pseudo-fluctuante qui peut en imposer pour une collection liquide.

La lobulation est très accentuée dans beaucoup de cas, les lobes étant séparés les uns des autres par de profonds sillons, ainsi que le montre nettement notre photographie.

Sur cette tumeur, la règle est que la peau reste normale, mobile, sans modifications de la température locale.

Point très important, la palpation nous montre encore que la consistance est variable d'un point à un autre, ce qui correspond à la complexité histologique de ces tumeurs. Le plus souvent, la masse donne une sensation de mollesse, pâteuse par endroits, plus dure ailleurs, ce qui est un caractère clinique de première valeur pour ce genre de néoplasme. La sensation de fluctuation est telle en certaines zones qu'elle a pu conduire à faire une ponction.

La tumeur est indépendante des plans profonds, ainsi que le montre la possibilité de mobilisation dans tous les sens en période de résolution musculaire. La contraction des muscles montre que ceux-ci (couturier en particulier, le muscle satellite de l'artère fémorale) passent souvent en pont au-dessus de la masse et la brident dans la profondeur, mais ils la rendent plus ou moins fixe. Ils n'immobilisent certes pas la néoplasie aussi complètement que dans le cas d'une tumeur musculaire, mais cette fixité peut être quand même assez grande si l'on se rappelle la situation sous-aponévrotique de la masse tumorale et ses rapports intimes avec les interstices musculaires, dans lesquels elle peut pousser des prolongements d'importance variable. Il est certain qu'une tumeur diffuse, infiltrant la cuisse, sera mieux immobilisée par la contraction des muscles qu'une tumeur tendant à évoluer vers l'extérieur et à se pédiculiser. Nous voyons donc que l'indépendance vis-à-vis des muscles est quelquefois difficile à établir.

Pour ce qui est des vaisseaux, il y a peu de modifications au point de vue artériel (nous en avons vu la raison anatomique) : la pression sanguine n'est pas sensiblement altérée, les battements sont normaux, synchrones aux pulsations cardiaques et à celles de l'autre membre. L'auscultation de l'artère en amont et en aval de la tumeur ne montre pas de souffles pathologiques. Au point de vue veineux, nous avons vu que l'existence d'une circulation collatérale était rare mais possible, en particulier si la circulation veineuse du sujet est déjà troublée par des varices (obs. III). Quant aux

rapports du paquet vasculaire, ils restent normaux, ce qui présente un gros intérêt opératoire.

Le squelette est indépendant et la radiographie montre son intégrité, sauf dans de rares cas où il subit des troubles trophiques de raréfaction osseuse. On peut observer quelquefois la présence d'un pédicule paraissant s'implanter sur l'os pour donner une tumeur ostéo-périostique; il est d'ailleurs remarquable que dans ce cas on ne trouve pas plus fréquemment que dans les conjonctivomes ordinaires (indépendants du squelette) une édification osseuse au sein de la tumeur.

Insistons sur l'intégrité du système lymphatique tributaire de la région, à tel point que nous ne trouvons pas d'adénopathies à la racine du membre.

Il peut arriver, bien que le fait soit rare, que des calcifications intratumorales s'édifient (obs. III) et soient visibles sur une radiographie du membre.

Bien entendu, la percussion révèle la matité de la zone néoplasique.

Complications.

On ne peut considérer comme une complication véritable l'existence de kystes intratumoraux, cependant il peut arriver (obs. II) qu'un kyste s'ouvre à l'extérieur à l'occasion d'une ulcération cutanée, ce qui entraîne l'écoulement du contenu kystique et une infection possible.

Les conjonctivomes peuvent s'accompagner de troubles trophiques secondaires : circulation veineuse collatérale et œdème de la jambe, surtout lorsque des varices existaient déjà; troubles trophiques des os voisins, décelables à la radiographie, qui sont d'ailleurs très rares et l'on n'a jamais signalé de fractures spontanées.

La complication la plus fréquente est l'ulcération des téguments qui recouvrent la tumeur. En effet, le poids de la masse entraîne l'existence de certaines zones de frottement, où se produisent des éraillures cutanées pouvant

aboutir à de véritables ulcérations. L'inoculation de ces portes d'entrée, si minimes soient-elles, est facilitée au niveau de la cuisse par la flore microbienne, particulièrement riche, de cette région. La partie infectée, après s'être œdématiée et avoir pris un aspect érysipélateux, atteint la tumeur, et des accidents très graves peuvent survenir : on sait, en effet, que le tissu conjonctif se défend mal contre l'infection, d'autant plus mal, dans ce cas particulier, que les conjonctivomes ont une vascularisation très pauvre.

Il est normal que les tumeurs voisines du périnée soient plus exposées à l'infection, cette région étant souillée plus qu'une autre.

Enfin, le néoplasme peut être compliqué par la coexistence chez le sujet d'un autre état pathologique, antérieur ou intercurrent.

Nous sommes ainsi amené tout naturellement à parler des récidives et des métastases au point de vue de leurs caractères cliniques.

Tumeurs de récidive.

Elles sont d'une fréquence extrême et ont un aspect un peu particulier, du fait qu'elles évoluent sur une région modifiée par le bistouri.

La nouvelle tumeur, en grossissant, distend les cicatrices, qui deviennent étalées, élargies, amincies, violacées, à tel point que le néoplasme donne l'impression de devoir s'extérioriser à ce niveau.

D'autre part, on ne peut plus mobiliser la masse, les plans profonds s'étant laissés infiltrer et n'étant plus indépendants de la tumeur, à laquelle ils adhèrent.

Ces caractères nous montrent que les récidives sont à la fois superficielles et diffusantes. En dehors de ces points particuliers, elles gardent la tendance des conjonctivomes à la lobulation; elles ont une faible densité, révélée par leur consistance le plus souvent molle et pseudo-fluctuante.

Nous verrons, au chapitre de l'*Evolution*, que les récidives successives ne sont pas rares.

Métastases.

N'existant pas lorsque la tumeur est laissée à son évolution naturelle, elles constituent une rareté même dans les autres cas. On en trouve cependant plusieurs observations, et elles n'offrent aucune particularité vis-à-vis des métastases de toute autre tumeur. Leur localisation est, en général, pleuro-pulmonaire ou hépatique, exceptionnellement osseuse. On cite un cas de métastase dans le sein (Pollosson).

Formes cliniques.

Suivant la *topographie*, on distingue :

1° Les *conjonctivomes superficiels*, qui tendent à évoluer vers l'extérieur en se dégageant des masses musculaires. La palpation délimite nettement leurs contours;

2° Les *conjonctivomes profonds*, à tendance infiltrante, évoluant dans le membre à la façon d'une coulée interstitielle de suif. Cette masse diffuse est moins facilement délimitable que la précédente, et c'est dans ce cas que la contraction musculaire fixe la tumeur.

Suivant les *complications*, nous aurons :

1° Des *formes simples*, correspondant à ce que nous avons décrit au cours de ce chapitre;

2° Des *formes compliquées*, parmi lesquelles il y aura surtout des formes ulcérées ou infectées. Dans ce groupe, nous pouvons ranger l'observation exceptionnelle de notre premier malade : *Conjonctivome évoluant chez un hémophile*, dont nous étudierons les particularités en parlant de l'évolution des conjonctivomes.

Enfin, il existe :

1° des *formes bénignes*, à évolution lente, susceptibles de guérison radicale, et correspondant le plus souvent aux tumeurs superficielles;

2° des *formes malignes*, à évolution rapide, récidivant presque fatalement.

La différence entre ces deux formes n'est pas toujours très marquée, une tumeur pouvant avoir longtemps une marche bénigne, qui se transformera brusquement en allure maligne

Avant d'aborder la question du diagnostic, nous allons envisager la façon dont les conjonctivomes se caractérisent par leur évolution.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

I. — *Evolution.*

D'après Pollosson, les conjonctivomes des gaines vasculaires de la cuisse s'individualisent mieux par leurs caractères évolutifs que par leurs symptômes purement cliniques.

Evolution de ces tumeurs abandonnées à elles-mêmes.

Nous avons vu les éléments de cette évolution en décrivant les signes cliniques des conjonctivomes. Il convient d'envisager ici la question de façon plus synthétique.

En général, ces tumeurs non traitées ont une tendance commune indéfiniment extensive qui les fait évoluer lentement, insidieusement, pendant de nombreuses années parfois, avec tous les caractères de la bénignité. Il existe des particularités, à cet égard-là, selon l'âge du sujet, l'évolution étant, ainsi que nous l'avons vu, d'autant plus rapide et maligne que le sujet est plus jeune.

De même, nous savons que les formes superficielles, à contours bien limités, ne progressent que lentement et peuvent rester longtemps bénignes tout en prenant des proportions énormes. Ce sont des cas que l'on opère parfois au bout de dix ou quinze ans et qui peuvent ne pas récidiver.

Au contraire, les formes profondes et infiltrantes prennent une allure plus rapide. Les exemples sont fréquents aussi, où une tumeur qui est restée latente pendant plusieurs années se met brusquement, sans cause apparente ou sous l'influence d'un traumatisme, à augmenter de volume

en se comportant comme un sarcome. S'agit-il alors d'une transformation en tumeur maligne, ou de l'apparition d'une tumeur nouvelle ? Il est probable que le conjonctivome bénin est un véritable « état précancéreux », à la manière des adénomes pour les tumeurs épithéliales.

Au sein même de la tumeur, et selon des conditions de vascularisation, certaines zones peuvent se modifier, devenir myxomateuses, kystiques, nécrotiques, se calcifier ou s'ossifier, et il en résulte des variations d'aspect de la tumeur, appréciables surtout à la palpation, qui montre des différences de consistance.

Enfin, n'oublions pas que, dans les cas les plus bénins, nous avons un danger d'infection à la suite d'ulcérations cutanées, infection qui peut rester locale ou se généraliser et conduire le sujet à la mort par cachexie ou septicémie.

En tout cas, tant que ces tumeurs sont abandonnées à elles-mêmes, elles ne donnent jamais de métastases, ce qui les différencie nettement des sarcomes des os ou des muscles. Ce phénomène est peut-être imputable à des conditions circulatoires, les connexions vasculaires des tumeurs conjonctives des gaines étant très réduites, à l'inverse de ce qui se produit pour les sarcomes musculaires ou osseux; ces derniers en particulier sont souvent en rapport intime avec la moelle osseuse richement vascularisée, ce qui leur permet d'essaimer facilement à travers l'organisme.

A vrai dire, cette évolution naturelle se voit surtout dans les cas bénins, les masses à allure maligne, rapidement extensive, conduisant le malade à se faire examiner et traiter par un chirurgien.

Evolution chez un sujet hémophile.

Le cas du malade de notre observation I, qui nous paraît être unique dans la littérature, nous permet d'envisager cet aspect très particulier de la question.

Tout d'abord, nous voyons que chez ce genre de malade

le traumatisme peut avoir une part importante dans l'origine de la tumeur. Cela tient probablement au fait qu'un hématome très volumineux se produit, hématome qui peut infiltrer les interstices musculaires où passent les vaisseaux entourés de leur gaine; des suffusions sanguines sont même possibles dans l'intimité de cette gaine, et l'on conçoit que la résorption de cette masse sanguine puisse laisser un reliquat qui subisse une évolution fibreuse, première ébauche de la tumeur. Nous voyons se produire semblable phénomène chez notre malade où chacun des trois hématomes, consécutifs aux trois traumatismes, se dissipe peu à peu mais laisse subsister à sa place une tuméfaction qui grossira ultérieurement.

Le développement du néoplasme ne semble pas se faire plus rapidement que dans les cas habituels puisque l'apparition de la première tumeur a eu lieu en 1919 et que son volume, en même temps que celui des deux tuméfactions apparues par la suite, n'a vraiment augmenté de façon inquiétante que quinze ans après (en mars 1934).

Par ailleurs, le terrain hémophilique ne nous paraît aucunement modifier l'allure ni les caractères du conjonctivome et nous ne retrouvons d'intérêt particulier que pour envisager le problème de l'intervention, mais nous reviendrons sur ce point en parlant du traitement des conjonctivomes.

En somme, l'hémophilie du sujet pose deux questions intéressantes : l'une étiologique, l'autre thérapeutique. Nous pensons, en outre, que, chez un pareil malade, une ulcération cutanée semblable à celles que nous avons décrites pourrait avoir des conséquences très graves, du fait de l'hémorragie, peut-être mortelle, qui se produirait.

Evolution des tumeurs après intervention.

La thérapeutique, tant physique que chirurgicale, modifie considérablement l'évolution naturelle que nous venons d'exposer.

Avec Pollosson, nous allons envisager trois éventualités, auxquelles nous allons cependant ajouter une autre modalité plus favorable pour le malade; c'est par elle que nous commencerons :

1° Dès la première intervention, la guérison est radicale. C'est le cas le plus rare. Il s'agit alors, le plus souvent, de tumeurs très bénignes, à évolution lente, et nous avons vu que le chirurgien trouvait relativement peu de tels malades. Il faut aussi faire beaucoup de réserves sur la réalité de cette guérison, la récidive pouvant n'avoir lieu qu'après plusieurs années, ce qui nécessite un grand recul de temps pour être affirmatif; n'oublions pas non plus qu'une récidive fait perdre confiance au malade et qu'il s'adressera souvent à un autre thérapeute, le premier restant persuadé du succès de son intervention.

2° Dans la majorité des cas, une récidive se produit, en général plusieurs années après la première intervention, et nous pourrons assister à l'une des trois évolutions suivantes :

a) Une série de récidives se produisent *in situ*, chacune conservant les caractères de la tumeur initiale, et les exérèses successives restent faciles (Tixier cite un malade opéré 17 fois !). Cette facilité opératoire s'explique par le fait que chaque lésion nouvelle est de faible étendue, peu adhérente ni infiltrée, généralement assez encapsulée. Entre chacune des récidives existent parfois des intervalles de plusieurs années.

Rappelons que la fréquence des récidives de conjonctivomes s'explique, ainsi que le souligne le Professeur Jeanneney, « soit parce que l'extirpation n'est jamais complète du fait de la présence de minces traînées tumorales aberrantes qui peuvent échapper, ou de petites tumeurs satellites dissimulées dans les interstices musculaires, soit parce qu'il s'agit de tumeurs « à malignité locale vraie », récidivant toujours si l'exérèse ne passe pas très au-delà de la capsule ». Cette malignité locale se manifeste au niveau de

certaines zones d'aspect sarcomateux qui ne peuvent être découvertes que par un examen *total* de la masse néoplasique.

Chaque opération modifie les conditions locales de nutrition, et il faut probablement y voir la raison pour laquelle un aspect myxomateux apparaît après plusieurs récidives dans un certain nombre de cas.

b) Après une phase d'évolution lente, la tumeur prend une allure rapide qui entraîne l'intervention. Mais une récidive apparaît très vite, avec une tendance extensive. Les exérèses locales, qui se suivent rapidement, sont de plus en plus larges et mutilantes et s'adressent à des tuméfactions qui perdent chaque fois davantage leurs caractères de tumeurs encapsulées. Elles deviennent infiltrantes, adhèrent aux plans profonds; les plans de clivage disparaissent et les opérations sont rendues plus difficiles. Les cicatrices opératoires sont étalées, amincies, adhérentes, et l'amputation devient la seule ressource tout en n'abritant pas d'une nouvelle récidive sur le moignon, d'une extension vers l'abdomen, ou de métastases.

C'est surtout pour de telles formes, prenant brusquement une grande rapidité évolutive, que l'on peut parler de « malignité locale ».

c) Enfin, aux récidives peuvent se surajouter des métastases qui sont uniques ou multiples et le plus souvent pulmonaires. On est alors désarmé et l'évolution est rapidement fatale à cette phase de généralisation, qui est surtout le fait des tumeurs ayant nécessité plusieurs interventions successives. Rappelons que l'évolution naturelle des conjonctivomes ne comporte jamais cette éventualité.

II. — *Pronostic.*

Ce que nous venons de voir nous incite à porter un pronostic sévère dans la majorité des cas. Essayons d'établir sur quels éléments nous pourrons le baser.

A. — Eléments cliniques.

Sont de pronostic favorable les tumeurs des gens âgés, les formes superficielles lorsqu'elles ne s'accompagnent pas de complications infectieuses.

Au contraire, les tumeurs des sujets jeunes, les formes profondes, infiltrantes, à contours peu nets, comportent un avenir plus sombre.

B. — Eléments anatomo-pathologiques.

Après avoir établi un premier pronostic par l'examen du malade, on pourra l'appuyer, si l'on intervient, par l'étude de la pièce opératoire.

La présence d'une capsule nette est plus favorable que sa minceur ou son absence par endroits, mais elle a l'inconvénient de fournir au chirurgien une fausse sensation de sécurité et de faire oublier les petites tumeurs aberrantes. De toutes façons, même en cas de récidive, ces tumeurs évolueront de façon lente et bénigne le plus souvent. L'existence, au sein de la tumeur, de zones molles, myxomateuses, ne paraît pas avoir de valeur pronostique, bien que certains aient voulu en faire un signe de bénignité; Rafin est encore plus pessimiste, puisqu'il avoue 11 évolutions fatales sur 11 cas de myxomes des membres.

Enfin, la métaplasie osseuse de certains points constituerait un élément favorable.

Quant aux signes histologiques de malignité proprement dite (polymorphisme cellulaire, karyokinèses, vaisseaux forés en plein tissu néoplasique et bordés de cellules tumorales), ils entraînent un mauvais pronostic mais nécessitent souvent, pour être découverts, un examen total de la pièce, de sorte qu'il faudra toujours établir une réserve si le diagnostic histologique de bénignité n'est basé que sur un examen partiel.

C. — Eléments évolutifs.

La lenteur d'évolution est évidemment favorable; de même les récidives à longs intervalles, grossissant lentement, sont compatibles avec une survie appréciable.

Au contraire, un accroissement rapide (même après une longue période de latence), des récidives à tendance extensive et séparées par de brefs intervalles, une infection surajoutée au cours de l'évolution, seront autant de raisons pour voir l'avenir du sujet sous un jour pessimiste. Quant à l'apparition de métastases, elle est irrémédiablement fatale à brève échéance.

Malgré ces trois ordres d'éléments, nous ne pourrons pas toujours affirmer notre pronostic, et il faudra alors se montrer réservé, la tumeur en apparence la plus bénigne pouvant prendre brusquement et sans cause apparente une évolution fatale. Rappelons-nous cependant que l'échéance d'un pronostic, même sombre, est souvent lointaine du fait des longs intervalles qui peuvent séparer les récidives et de la possibilité de plusieurs opérations locales successives.

DIAGNOSTIC

Connaissant maintenant l'anatomie pathologique, la symptomatologie et l'évolution des tumeurs qui nous intéressent, nous sommes en possession des éléments qui nous conduiront au diagnostic. Et tout d'abord, nous allons envisager les facteurs de diagnostic positif.

I. — *Diagnostic positif.*

Pour l'affirmer, il faudra deux groupes de conditions :

1° Retrouver les principaux signes d'une tumeur conjonctive de ce genre. Nous aurons alors de fortes présomptions si, chez un sujet entre 30 et 50 ans, nous trouvons une tumeur indolente, mobile, sans adénopathies, subissant un accroissement progressif plus ou moins rapide; la lobulation et la présence de zones de consistances différentes seront de bons signes.

Ajoutons aussi un grosse importance au contraste qui existe entre le volume de la tumeur et l'absence de signes fonctionnels ou généraux.

2° Localiser la tumeur à la région de la gaine des vaisseaux.

Il faudra donc que le néoplasme siège sur le trajet des vaisseaux fémoro-poplités et que l'on puisse établir son indépendance vis-à-vis des organes voisins :

— Indépendance des régions superficielles : montrée par la mobilité du revêtement cutané au-dessus de la tumeur, sauf dans les formes ulcérées ou dans certaines récidives;

— Indépendance osseuse : prouvée par la mobilité sur les plans profonds et au besoin par la radiographie;

— Indépendance musculaire : révélée par la contraction des muscles qui, dans les cas typiques, laisse persister la mobilité de la tumeur. Si un tel résultat est un bon élément de diagnostic positif, n'oublions pas que, si la tumeur s'immobilise, nous ne devrons pas écarter l'hypothèse de conjonctivome de la gaine puisqu'il existe des formes infiltrantes se glissant dans les interstices mucuslaires et subissant l'effet de la contraction.

Quant à l'indépendance des troncs nerveux, nous en parlerons en étudiant le diagnostic différentiel.

L'affirmation de « conjonctivome des gaines vasculaires de la cuisse » pourra ainsi être relativement facile lorsqu'il s'agira d'une forme bien caractérisée, mais souvent le problème sera plus complexe et l'on devra établir soigneusement le diagnostic différentiel.

II. — *Diagnostic différentiel.*

Il est nécessaire de l'envisager aux deux périodes, début et état, de la tumeur.

A. — Diagnostic à la période de début.

Il s'agit alors, presque toujours, d'une petite masse mobile, dans la région du triangle de Scarpa. C'est la seule partie de la cuisse où l'on observe quelquefois le début de la tumeur, la gaine étant ici plus superficielle. Nous savons que le chirurgien voit surtout la deuxième période, où la tumeur a acquis un certain volume.

Le diagnostic sera à faire principalement avec les adénopathies chroniques de l'aine; il faudra donc voir les portes d'entrée susceptibles d'entraîner ces adénopathies (membre inférieur, périnée, anus, organes génitaux externes, paroi abdominale). Par ailleurs, le siège de ces ganglions est plus

superficiel, mais souvent le diagnostic ne sera précisé que par l'évolution.

La hernie crurale se distinguera par l'impulsion à la toux, un pédicule profond perceptible, et seule la présence d'un lipome préherniaire volumineux pourra créer une difficulté véritable.

Signalons pour mémoire la lymphogranulomatose avant son stade de suppuration, et la dilatation de la crosse de la saphène interne, qui seront éliminées facilement.

En fait, c'est surtout à la période d'état que se pose le véritable diagnostic différentiel.

B. — Diagnostic à la période d'état.

Il faudra éliminer successivement :

a) Certaines affections siégeant dans le tissu cellulaire :

α. *Hématome non résorbé :* Cette question intéressant particulièrement le cas de notre hémophile. Il y aurait la notion d'un traumatisme assez récent et la tuméfaction n'augmenterait pas de volume.

β. *Abcès :* l'erreur peut être commise dans le cas d'abcès profonds arthri ou ossifluents qui ont tendance à utiliser le chemin de la gaine des vaisseaux. Il faudra donc examiner le squelette et les articulations (colonne vertébrale, bassin, fémur, articulation coxo-fémorale).

b) Les tumeurs sus-aponévrotiques de la cuisse :

Fibro-lipomes ou *myxo-lipomes* (Thévenot et Patel), qui se présentent comme des masses pédiculées, siégeant surtout à la face interne du membre, pendant parfois en besace et guérissant par exérèse locale.

c) Les affections des muscles :

α. *Hernie musculaire :* qui se distingue par les commémoratifs, la douleur et surtout les variations de volume et de consistance suivant la contraction ou le repos du muscle.

β. Tumeurs intramusculaires :

— Un kyste hydatique, qui sera plus fluctuant et, en dernier ressort, peut être soumis au contrôle du laboratoire (réaction de Casoni ou de Weinberg et Parvu : nous avons vu que cette dernière était négative chez le malade de notre observation I).

— Tumeurs bénignes ou malignes, lipome en particulier : comme dans tous les cas de tumeurs intramusculaires, la contraction entraînera une immobilisation absolue.

γ. Tumeurs musculaires proprement dites : très rares. Diagnostic difficile si elles siègent sur des muscles voisins du trajet des vaisseaux. Immobilisées par la contraction.

d) Les affections des vaisseaux :

α. Anévrismes artériels : Malgré l'identité du siège, le diagnostic est facile dans les formes caractéristiques (battements, souffle, modifications du pouls), plus difficile lorsque l'anévrisme est étalé sous l'aponévrose et présente une consistance dure (le souffle peut alors manquer). Il ne grossit jamais autant qu'un conjonctivome.

β. Tumeurs primitives de la paroi artérielle ou veineuse (Bolognesi), exceptionnelles, petites, souvent animées de battements.

e) Tumeurs prenant leur point de départ dans les nerfs.

Ce diagnostic se pose rarement, car les nerfs qui accompagnent les vaisseaux fémoraux sont d'importance secondaire. Les tumeurs nerveuses siégeront surtout sur le tronc du sciatique ou sur ses grosses branches de division, et, sauf au creux poplité, l'élimination sera facile grâce à la localisation de la tumeur qui est plus postérieure qu'un conjonctivome de la gaine. Leur volume est rarement considérable et les phénomènes douloureux sont fréquents dans ces tumeurs du nerf ou de sa charpente conjonctive.

Insistons sur la confusion qui peut parfois se produire avec une *tumeur royale de la maladie de Recklinghausen*, ainsi que nous le montrent les observations de Pollosson et de Bérard et Creyssel :

Ces tumeurs peuvent présenter une certaine analogie avec les conjonctivomes de la gaine. En général, l'examen complet du malade évitera cette erreur en montrant les autres signes de la maladie de Recklinghausen (taches pigmentées, présence d'autres petites tumeurs). Mais il est des cas où, ces signes étant très discrets, le diagnostic pourra être délicat, surtout si l'évolution a été lente et a permis à la masse d'acquérir un volume considérable. C'est parfois au cours de l'intervention que l'on découvrira la nature exacte du néoplasme dont l'aspect neuro-fibromateux sera signé par la présence de petits cordons blancs, vermiformes, sillonnant sa surface. Un tel diagnostic est important, car ces tumeurs doivent être respectées, leur exérèse étant d'une gravité extrême par le fait d'hémorragies que l'on ne peut pas toujours maîtriser. Pollosson nous rappelle que tous les cas semblables opérés dans le service du Professeur Tixier jusqu'en 1930 ont eu une évolution fatale.

f) Les tumeurs osseuses.

Il s'agit surtout de l'ostéosarcome du fémur. Mais alors, la fixité de la tumeur, au-dessus de laquelle les muscles sont mobiles en période de relâchement, des douleurs térébrantes possibles et la radiographie entraîneront le diagnostic.

g) Certaines tumeurs inflammatoires.

Même lorsqu'on aura pu affirmer qu'il s'agit d'une tumeur de la gaine des vaisseaux, il faudra faire un véritable diagnostic étiologique, car des processus infectieux créent des néoplasies inflammatoires qui simulent des tumeurs conjonctives, et, même histologiquement, il peut arriver que l'on se trompe à leur sujet.

La syphilis, la tuberculose, les mycoses (actinomycose et

sporotrichose en particulier), sont à la base de ces erreurs de diagnostic, et les agents septiques à virulence atténuée seraient capables eux aussi de réagir par des tumeurs simulatrices.

Réaction de Wassermann, traitement d'épreuve, examens anatomo-pathologiques et bactériologiques, inoculations, nous permettent d'arriver à un résultat. Fruchaud insiste sur la recherche de la syphilis et préconise, avant de se laisser entraîner à une intervention, de faire systématiquement un traitement d'épreuve qui devra être conduit par un spécialiste compétent; ce traitement, d'après l'auteur, ne présenterait aucun inconvénient, puisque l'évolution des conjonctivomes est assez lente pour permettre de consacrer quelques semaines à juger l'action de cette thérapeutique. Une telle conduite, qui nous paraît un peu excessive, ne saurait cependant être trop recommandée si l'on a le moindre doute sur l'origine de la tumeur.

Nous voudrions maintenant attirer l'attention sur quelques moyens de diagnostic un peu particuliers :

La ponction.

Quelquefois pratiquée lorsqu'il existe une pseudo-fluctuation, elle ne peut renseigner que sur une région limitée de la tumeur.

D'autre part, elle présente des dangers : infection facile du fait de la faible vascularisation de ce tissu conjonctif qui se défend mal, et surtout, possibilité d'un coup de fouet donné à une tumeur dont la tendance maligne n'était encore qu'à l'état latent.

La biopsie.

Elle est responsable des mêmes accidents qu'elle déchaîne avec encore plus de facilité, et elle ne renseigne pas davantage sur la totalité de la néoplasie. Elle favorise aussi les métastases.

L'artériographie.

D'après J. Fus, elle ne paraît pas faciliter le diagnostic.

Il nous reste pour terminer à dire un mot du diagnostic du degré de malignité. Nous avons vu, en parlant du pronostic, les quelques éléments qui peuvent nous guider, mais en fait il sera très difficile d'avoir une opinion ferme et nous ne pourrons guère nous baser que sur l'évolution ou sur un examen histologique affirmant la malignité de la tumeur; un examen concluant à la bénignité ne sera pas suffisant pour entraîner un trop grand optimisme.

Le diagnostic de conjonctivome de la gaine pose donc souvent un problème très complexe, et, pour arriver à un résultat, la collaboration étroite du laboratoire et de la clinique sera nécessaire.

TRAITEMENT

L'étude de l'évolution de ces tumeurs nous a montré que le traitement était souvent une origine de déceptions puisque les récidives sont nombreuses et que le conjonctivome abandonné à lui-même peut comporter une longue survie exempte des métastases fatales qu'entraîne parfois l'intervention. Dès lors, ne soyons pas surpris des opinions variées qui ont été émises à ce sujet.

Primitivement, comme le dit Pollosson, « le précepte d'Ollier (la chirurgie qui conserve le moins est celle qui conserve le mieux) a résumé les indications opératoires ». Pour sectionner en tissu sain, on n'hésitait pas à pratiquer des amputations hautes ou des désarticulations.

Ensuite, la marche lente de ces tumeurs a ramené à des conceptions moins radicales, donnant la préférence aux exérèses locales aussi complètes que possible.

Finalement, devant l'excès de résultats décevants, on est allé jusqu'à se décourager et dire que la thérapeutique méritait peu d'être discutée, les tumeurs malignes subissant de toute façon une évolution fatale, et les tumeurs bénignes bénéficiant d'une intervention minima.

Aujourd'hui, nous utilisons les ressources de la chirurgie, des agents physiques, ou la combinaison des deux.

I. — *Traitement chirurgical.*

Il nous propose les solutions suivantes :

1° Exérèse.

C'est l'extirpation de la masse néoplasique qui est souvent facilitée par la présence d'une capsule et d'un plan de clivage. Il s'agit alors d'une simple dissection au cours

de laquelle vaisseaux et nerfs sont facilement respectés en général. Or, nous savons que cet aspect encapsulé est trompeur et que nous laisserons sans doute subsister de petites tumeurs aberrantes dissimulées dans les interstices musculaires et sources de récidives inévitables.

A cette simple énucléation, il faut donc substituer une « exérèse élargie » avec myomectomie importante (Leriche; Lecène et Mondor).

Il ne faut pas hésiter à faire de larges sacrifices pour passer très en dehors de la limite apparente de la tumeur; on enlèvera ainsi en bloc la tuméfaction et les zones voisines susceptibles de recéler des parcelles néoplasiques. Bien entendu, on respectera autant que possible les vaisseaux fémoro-poplités et le nerf sciatique; ce danger vasculaire, que les anciens chirurgiens redoutaient tellement, est en réalité minime, le paquet vasculo-nerveux se laissant le plus souvent disséquer avec une facilité étonnante. Parfois cependant, on peut blesser latéralement un vaisseau, ou même être conduit à réséquer une certaine portion du paquet vasculaire (20 centimètres dans deux observations de Bérard); dans ce cas, le rétablissement du régime circulatoire sera fonction de l'âge du malade, d'autant plus facile que celui-ci sera plus jeune, fonction aussi des délabrements musculaires, puisque les petites anastomoses vasculaires non disséquables qui siègent dans les muscles ont une importance extrême dans le rétablissement de la circulation. En général, ces résections n'ont pas de conséquences fâcheuses pour les fonctions du membre.

Une telle exérèse sera d'autant mieux praticable que la tumeur sera plus petite, puisque l'on aura beaucoup d'espace pour passer en dehors d'elle.

2° Amputation.

Certains auteurs, comme Tavernier, la proposent d'emblée comme étant seule capable de prévenir les récidives locales. Mais souvent le malade refusera une telle intervention, qui

peut également répugner au chirurgien pour une tumeur d'allure lente et bénigne, dont l'exérèse semble suffire à assurer la guérison. En outre, pas plus que l'extirpation large, elle ne met complètement à l'abri d'une récidive sur le moignon d'amputation. Mais si cette méthode ne peut être appliquée systématiquement, elle n'en a pas moins ses indications, que nous verrons.

3° Désarticulation.

Lorsque la tumeur est trop haut située sur la racine de la cuisse, ou lorsqu'elle s'y infiltre trop loin, l'amputation est impossible et la zone néoplasique ne pourra être éliminée que par une désarticulation, avec toute la gravité que comporte une telle intervention au niveau de la hanche.

II. — *Traitement radiothérapique.*

Il est rare que cette thérapeutique soit appliquée isolément. Nous avons vu que le malade de notre première observation a été traité ainsi au début de sa tumeur, mais sans résultat appréciable.

La méthode employée est la radiothérapie profonde, répartie de façon à ce que son champ déborde largement la zone néoplasique. Contrairement à la technique recommandée pour les épithéliomas, il faut multiplier et prolonger les séances pendant plusieurs semaines, avec des doses calculées de façon à conserver la vitalité des téguments. A l'inverse de ce qui se produit pour les épithéliomas, il ne semble pas, en effet, que la radiorésistance de ces tumeurs conjonctives augmente avec le nombre et la durée des irradiations. Des applications renouvelées plusieurs mois après les premières ont semblé tout aussi efficaces que celles-ci.

III. — *Traitement mixte.*

Si la radiothérapie est rarement employée seule, on l'associe par contre très souvent à la chirurgie depuis quelques

années. Il s'agit alors d'une radiothérapie postopératoire, réalisable suivant deux techniques différentes :

a) Applications aussi précoces que possible, et assez prolongées, de radiothérapie profonde (c'est la pratique de Regaud et Coutard, à laquelle Bérard s'est rallié) avec larges champs et rayons très filtrés.

b) D'autres radiologistes lyonnais (Costes et Badolle) utilisent au contraire la radiothérapie à feu nu (sans filtre) dans la plaie opératoire, dont les lèvres sont maintenues par un écarteur. Ces deux méthodes de traitement mixte paraissent donner de bons résultats, mais il est difficile de les apprécier de façon définitive, puisque les récidives peuvent n'apparaître qu'au bout de nombreuses années, et nous n'avons pas encore un recul suffisant pour émettre un jugement ferme à leur sujet.

IV. — *Traitement médical.*

Il ne sera qu'un adjuvant aux traitements curatifs que nous venons d'envisager.

Rappelons tout d'abord la nécessité d'instaurer un traitement d'épreuve antisyphilitique dans beaucoup de cas avant de se lancer dans une intervention. Les auteurs insistent pour qu'il soit conduit par un spécialiste, et, dans ces conditions, on a pu voir fondre un certain nombre de tumeurs qui semblaient justiciables de la chirurgie ou des agents physiques. Par ailleurs, ce traitement peut agir sur d'autres affections que la syphilis (mycoses en particulier); pour être concluant, il doit donner une amélioration rapide, puis la guérison. Mais, s'il doit incontestablement être employé lorsque l'on a quelques raisons de soupçonner la spécificité de l'affection, nous trouvons plus sage d'en être sobre dans les autres cas, à cause du coup de fouet qu'il est susceptible de donner à un véritable néoplasme, et nous ne nous rallions pas entièrement à l'opinion des auteurs qui proposent son emploi systématique (Pollosson, Fruchaud).

Le véritable traitement médical des conjonctivomes pro-

prement dits aura pour but de prévenir les complications ou de lutter contre elles.

On évitera les éraillures et l'ulcération des téguments en réduisant les zones de frottement de la tumeur, en maintenant la peau dans un parfait état de propreté. Si l'ulcération existe, on luttera contre son infection en insistant encore sur l'hygiène des régions voisines de la tumeur, périnée en particulier. L'infection déclarée sera, bien entendu, justiciable d'une thérapeutique locale et générale appropriée.

Il faudra traiter toute affection surajoutée capable d'empêcher l'intervention. C'est le cas de l'hémophilie de notre premier malade. Avant l'opération, la préparation du malade comprendra alors, soit des injections sous-cutanées de sérum sanguin, soit plutôt une ou plusieurs transfusions sanguines dans les deux ou trois jours qui précèdent l'opération. Dans l'hémophilie, la transfusion donne de beaux résultats, car elle agit à la fois comme hémostatique et comme agent de lutte contre l'anémie. De tels soins devront être continués pendant et après l'intervention. Signalons également l'action favorable du sérum appliqué sur la plaie même.

Au cours d'un traitement de longue haleine, et pour des raisons de commodité, la transfusion cédera le pas aux injections sous-cutanées de sérum humain ou animal (Jeanbrau rappelle, au Congrès de chirurgie de 1923, que l'on ne doit jamais injecter de sang complet sous la peau d'un hémophile).

On a employé aussi les extraits ovariens, en remarquant que ces malades, contrairement aux sujets normaux, n'avaient pas d'hormone femelle dans leur urine.

Toute la thérapeutique médicale que nous venons d'étudier devra préparer ou compléter l'intervention curative; mais si le malade refuse l'intervention, ou si la tumeur est inopérable, on en sera réduit à ces simples soins, qui n'auront d'autre ambition que d'éviter les complications.

*
* *

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

En présence d'une tumeur à son début ou évoluant lentement, avec l'apparence de la bénignité, c'est à l'exérèse élargie que nous devrons avoir recours. Malgré la petitesse possible de la masse et son aspect encapsulé, il faudra passer très au-delà de ses limites pour éliminer les causes de récidive. La thérapeutique pourra se borner à cet acte chirurgical ou être complétée, pour plus de précautions, par la radiothérapie postopératoire, suivant l'une ou l'autre des deux techniques que nous avons indiquées.

L'examen histologique de la pièce opératoire, portant sur la plus grande partie possible de la masse, nous montrera peut-être l'existence d'une zone maligne. La radiothérapie complémentaire sera alors systématiquement appliquée.

Une tumeur très volumineuse laissera le plus souvent les mêmes possibilités opératoires, et la conduite à tenir sera identique toutes les fois que la conservation du membre sera possible.

Au contraire, une néoplasie d'allure maligne, profondément infiltrante, devra nous faire recourir à l'amputation ou même à la désarticulation. En effet, une opération conservatrice laisserait un maximum de chances de récidives, et nous savons que les interventions répétées, qui pourraient suivre, favorisent l'apparition des métastases.

Pratiquement, le malade refuse souvent cette mutilation, et, si l'on ne peut la lui faire accepter, il faudra se contenter d'une opération limitée, avec, lorsqu'un prolongement tumoral remonte jusqu'au voisinage de l'arcade de Fallope, une dissection parfois parcimonieuse des tissus suspects. On complétera par des applications aussi précoces que possible, et assez prolongées, de radiothérapie profonde.

Dans tous les cas, il est nécessaire d'insister auprès du

malade sur les possibilités de récidive, et d'obtenir qu'il se fasse revoir une ou deux fois par an pour les dépister.

Lorsque des récidives apparaîtront et qu'elles auront une allure lente, on pourra encore se limiter à des interventions locales conservatrices complétées par la radiothérapie. Nous savons que plusieurs opérations successives sont souvent possibles.

Au contraire, si les récidives sont rapides ou si elles sont trop étendues avec des prolongements adhérents aux organes voisins, lorsque la dissection sera impossible sans léser gravement les troncs vasculaires et surtout les gros troncs nerveux, il vaudra mieux recourir à l'amputation ou à la désarticulation.

Pour les récidives siégeant sur un moignon et devenues anatomiquement inopérables, ainsi que pour les tumeurs se prolongeant sous l'arcade crurale, on ne pourra que tenter un traitement radiothérapique sans grand espoir de succès.

Enfin, l'existence de métastases, et parfois l'état général du sujet, constituent des contre-indications à toute thérapeutique, sauf médicale.

Pour le cas de notre hémophile, nous pensons que l'intervention idéale aurait consisté en une exérèse élargie suivie de radiothérapie profonde selon la méthode de Bérard et avec un traitement de la diathèse hémorragique suivant les indications précédemment données.

***

RESULTATS ELOIGNES

En nous reportant à une statistique publiée par Bérard et Peyrelon et qui porte sur 18 malades, nous trouvons que au bout de trois ans :

Sur 6 malades traités antérieurement, soit par la chirurgie soit par les agents physiques, et envoyés pour récidives,

4 sont morts et 2 survivent après traitement mixte (chirurgie et radiothérapie).

Parmi les 12 autres malades :

5 soumis au traitement mixte ont survécu, sauf 1;
1 soigné par la chirurgie seule survit également;
2 traités par les agents physiques seuls sont décédés;
1 après de multiples récidives soumises au traitement mixte a succombé;
3 étaient à un stade trop avancé pour être traités.

Ces résultats, qui semblent peu favorables pour la radiothérapie employée isolément, montrent que le traitement mixte jette une lueur d'optimisme sur l'avenir de ces malades, qui comporte cependant encore un pronostic sévère. Il est souhaitable que cette chirurgie élargie, suivie de radiothérapie profonde, nous réserve moins de déceptions que les moyens thérapeutiques employés jusqu'à ces dernières années, mais nous ne pourrons vraiment la juger qu'après un recul suffisant, et grâce à des statistiques portant sur un plus grand nombre de malades.

CONCLUSIONS

I. — Les conjonctivomes des gaines vasculaires de la cuisse sont caractérisés :

1° *Histologiquement :*

par leur polymorphisme suivant les points considérés, malgré une origine toujours uniquement conjonctive.

2° *Cliniquement :*

par la lenteur de leur évolution, la possibilité d'un changement brusque vers une allure maligne, et la fréquence des récidives.

II. — Il ressort de l'observation que nous rapportons que le traumatisme constitue parfois une cause déterminante.

III. — Le diagnostic repose autant sur la clinique que sur le laboratoire, et l'examen d'une pièce opératoire doit porter sur la totalité de celle-ci.

IV. — Le pronostic est fonction de la malignité de la tumeur, indiquée par l'évolution et par l'anatomie pathologique. L'apparence de bénignité comporte des réserves, et il faut suivre soigneusement le malade.

V. — La thérapeutique s'est montrée jusqu'à ces dernières années très décevante, et n'a guère amélioré ce pronostic. Il faut en retenir que le chirurgien ne doit pas se laisser aller à la facilité d'un clivage mais opérer largement.

VI. — Le traitement mixte : chirurgie suivie de radiothérapie profonde, précoce et prolongée, débordant largement la zone suspecte, paraît être actuellement la meilleure méthode. Elle nous permet d'envisager l'avenir avec moins de sévérité bien que, malgré tout, ces conjonctivomes constituent des tumeurs qui, sous leur début d'apparence longtemps bénigne, acquièrent, dans leur seconde étape, une malignité vraiment exceptionnelle.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

VU, POUR LE DOYEN :
L'Assesseur,
A. LABAT.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 6 mars 1936.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Parmi les publications antérieures à 1925, nous n'avons retenu que celles qui nous ont paru particulièrement intéressantes. Pour une bibliographie complète de la période qui précède cette date, nous renvoyons à la thèse de Pollosson (Lyon, 1925), très documentée à ce point de vue.

Bérard. — Deux cas de conjonctivomes. *Lyon chirurgical*, 1929.

— Rapport sur une observation de Fruchaud (tumeur du creux poplité et de la face interne de la cuisse). *Lyon chirurgical*, 1930.

— Un cas de tumeur conjonctive de la cuisse. *Lyon chirurgical*, 1930.

Bérard et Colson. — Trois observations de conjonctivomes. *Lyon chirurgical*, 1935.

Bérard et Desjacques. — Pièce d'autopsie relative à un conjonctivome de la cuisse. *Lyon chirurgical*, 1931.

Bérard et Peycelon. — Résultats éloignés d'interventions pour conjonctivomes des membres. *Lyon chirurgical*, 1930.

Bériel. — Les lipomes malins. *Lyon chirurgical*, 1910, t. IV, n° 6.

Bolognesi. — Sur les tumeurs primitives des tuniques des gaines vasculaires. *Les néoplasmes*. Paris, 1928.

Bonnet. — Un cas de conjonctivome. *Lyon chirurgical*, 1926.

Chalier (A.). — Sarcome de la gaine des vaisseaux fémoraux. *Lyon chirurgical*, 1926.

— Récidive de conjonctivome guérie depuis neuf ans. *Lyon chirurgical*, 1930.

Chavannaz (G.). — Sarcome des muscles adducteurs. *Journal de médecine de Bordeaux*, 10 déc. 1929.

Clerc. — Les myxo-lipomes de la cuisse. Thèse de Lyon, 1897.

Delachanal. — Les lipomes malins. Thèse de Lyon, 1910.

Delannoy. — Tumeur conjonctive de la cuisse. *Presse médicale*, 17 août 1932.

Demarquay. — Tumeur fibro-plastique naissant de la gaine des vaisseaux fémoraux. *Bulletins et mémoires de la Société impériale de chirurgie*, 1869, 2e série, t. X.

Dieulafé. — Enorme tumeur fibro-adipeuse de la cuisse. *Presse médicale*, 25 janv. 1930.

Forget. — Tumeur fibreuse prenant naissance sur la carotide. *Bulletins et mémoires de la Société impériale de chirurgie*, 1869, 2e série, t. X.

Fruchaud (H.). — Les conjonctivomes de la gaine des vaisseaux fémoro-poplités. *Revue de chirurgie de Paris*, juin 1931.

Fus (J.). — Considérations sur l'étude clinique et thérapeutique des conjonctivomes des membres; à propos d'un cas de conjonctivome malin de l'avant-bras. *Presse médicale*, 9 févr. 1935.

Gouilloud. — Observation de tumeur conjonctive. *Lyon médical*, 1909.

Jeanbrau (E.). — La transfusion du sang. XXXIIe Congrès français de chirurgie. *Presse médicale*, 10 oct. 1923.

Jeanneney (G.). — Fibro-lipome du cou. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Bordeaux et du Sud-Ouest*, 1932.

Langenbeck. — Beitrage zur chirurgischen pathologie der Venen. *Archiv. für Klinische Chirurgie*, 1860, t. I.

Lecène et Mondor. — La myomectomie large de certains sarcomes primitifs musculaires. *Journal de chirurgie*, 1911.

Lecène et Thévenot. — Les tumeurs paranéphrétiques. Congrès français de chirurgie, 1919.

Lejars. — Deux observations de tumeurs inflammatoires des membres. Société de chirurgie de Paris, 1911.

Leriche (R.). — Sur la méthode opératoire qu'il convient d'appliquer aux tumeurs conjonctives des membres. *Lyon chirurgical*, 1929.

Martin (E.), Henry et Soustelle. — Volumineuse tumeur conjonctive siégeant au-dessus du sein gauche. *Presse médicale*, 27 avril 1935.

Merlat. — Sur quelques tumeurs malignes des parties molles de la cuisse. Thèse Lyon, 1908.

Parcelier et Chenut. — Deux cas de tumeurs conjonctives de la cuisse. *Bordeaux chirurgical*, 1932.

Pollosson (E.). — Les tumeurs des parties molles des membres et de la gaine des vaisseaux en particulier. Thèse Lyon, 1925.

— Tumeur conjonctive de la gaine des vaisseaux huméraux observée pendant treize ans. *Lyon chirurgical*, 1929.

— Un cas de tumeur royale de Recklinghausen. *Presse médicale*, 12 févr. 1930.

Rafin. — Du myxome diffus du tissu cellulaire des membres. Thèse Lyon, 1885.

Regnault (Carl). — Die malignen tumoren des Gefascheide. *Archiv. für Klinische Chirurgie*, 1887.

Sabrazès, Guyot, Jeanneney. — Lipome du temporal. *Bulletin de l'Association française pour l'étude du cancer*, 1924.

Testut et Jacob. — Traité d'anatomie topographique.

Thévenot et Patel. — Les myxolipomes de la cuisse. *Gazette des hôpitaux*, 1901.

Verneuil. — Tumeur prenant naissance dans la gaine des gros vaisseaux. *Bulletins et mémoires de la Société impériale de chirurgie*, 1869, 2e série, t. X.

Viannay. — Observation de conjonctivome. *Lyon chirurgical*, 1914.

19.503. — Bordeaux. Imprimerie Delmas, 6, place Saint-Christoly. —1936.